

## بررسی و مقایسه نگرش پزشکان و پرستاران در خصوص دستور عدم احیاء در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

مسعود فلاحی<sup>۱</sup>، همایون بنادرخشان<sup>۲\*</sup>، فریبا برهانی<sup>۳</sup>، محمدمین پورحسینقلی<sup>۴</sup>

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی شهید بهشتی، تهران، ایران  
۲. کارشناس ارشد پرستاری، مربی، گروه هوشبری و اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامائی شهید بهشتی، تهران، ایران \*  
۳. دکترای پرستاری، دانشیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران ایران  
۴. دکترای آمار زیستی، استادیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
\*نویسنده مسئول مکاتبات: تهران خیابان ولی عصر، بالاتر از میر داماد، تقاطع ولی عصر و اتوبان نیایش، روبروی بیمارستان قلب شهید رجایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه اتاق عمل و هوشبری،  
کد پستی: ۹۱۱۵۳۸۶۹۹۱. پست الکترونیک: h\_bderakhshan@yahoo.com

### چکیده

#### زمینه و هدف:

فرایند تصمیم‌گیری درباره دستور عدم احیاء منحصر به فرد است، زیرا تنها تصمیم درمانی است که بایستی از قبل گرفته شود، به طوری که اکثر پزشکان و پرستاران در فرایند تصمیم‌گیری در مورد دستور عدم احیاء و جنبه‌های اخلاقی آن نامطمئن می‌باشند. مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه نگرش پزشکان و پرستاران در خصوص دستور عدم احیاء برای بیماران در مراحل انتهایی زندگی، اجرا گردید.

#### مواد و روش‌ها:

در این مطالعه توصیفی - مقایسه‌ای ۱۵۲ پزشک و ۱۵۲ پرستار با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای - سهمیه‌ای مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه نگرش در خصوص دستور عدم احیاء بود.

#### یافته‌ها:

پرستاران شرکت کننده در این پژوهش با میانگین ۳/۲۵ و پزشکان با میانگین ۳/۲۲ به دستور عدم احیاء نگرش مثبتی داشتند. بین میانگین نمره نگرش پزشکان و پرستاران در خصوص دستور عدم احیاء اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). پرستاران و پزشکانی که تجربه شرکت در احیای قلبی- ریوی و دستور عدم احیاء را داشتند، نگرش مثبت‌تری به دستور عدم احیاء داشتند.

#### نتیجه‌گیری:

یافته‌های پژوهشگر بیانگر آن است که در مجموع تفاوتی بین نگرش پزشکان و پرستاران در خصوص دستور عدم احیاء، وجود ندارد. همچنین بین تجربه شرکت در احیای قلبی- ریوی و تجربه شرکت در اجرای دستور عدم احیاء با نگرش در خصوص دستور عدم احیاء ارتباط مسقیم وجود داشت.

**واژگان کلیدی:** دستور عدم احیاء، احیای قلبی- ریوی، پزشک، پرستار، نگرش

## مقدمه

دستور عدم احیاء به دلیل مؤثر نبودن احیای قلبی- ریوی در بسیاری از موارد، ایجاد درد و رنج بیشتر و مرگ طولانی و بدون عزت<sup>۱</sup> برای بعضی از بیماران به دنبال احیای ناموفق، در سال ۱۹۷۰ در ایالات متحده ارائه شد (Saiyad, Castledine, 2004). فرایند تصمیم‌گیری درباره دستور عدم احیا منحصر به فرد است زیرا تنها تصمیم درمانی است که بایستی از قبل گرفته شود. یافته‌ها حاکی از آن است که پزشکان و پرستاران در فرایند تصمیم‌گیری در مورد دستور عدم احیا و جنبه‌های اخلاقی آن نامطمئن می‌باشند (Lofmark, 2001). به طوری که اکثر پزشکان ناراضیتیشان را درباره مسائل مورد بحث در مورد دستور عدم احیا اعلام کرده‌اند و همچنین یک اختلاف قابل توجه در تدوین، ثبت، صدور و اجرای دستورات عدم احیا در بین آنها وجود دارد (O'Hanlon, et al., 2013).

پرستاران نیز به طور شایعی با دستورات عدم احیا رو برو می‌شوند، اما تحقیقات محدودی نحوه تعامل و رویارویی آنها با دستورات عدم احیا و اینکه چگونه در فرایند تصمیم‌گیری درگیر می‌شوند یا نحوه‌ای که آرزو دارند درگیر بشوند، را مورد بررسی قرار داده است (Sulmasy, O'Hanlon, et al., 2013). یافته‌ها حاکی از آن است که اغلب پرستاران در فرایند تصمیم‌گیری، درمان و مراقبت بیماران در مراحل انتهایی زندگی، ناراضی هستند و به اعتقاد آنها در فرایند تصمیم‌گیری، درمان و مراقبت این بیماران، یک نوع قصور و بی توجهی به عقاید پرستاران وجود دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد پرستارانی که از فرایند تصمیم‌گیری در مورد درمان و مراقبت بیماران در مراحل انتهایی زندگی ناراضی هستند، ممکن است اعمالی انجام بدهند که هماهنگ و همسو با ارزش‌های حرفه‌ای آنها نباشد (Ferrand, et al., 2003, Asch, 1996).

برخی از شواهد حاکی از آن است که رضایت‌مندی پرستاران در فرایند تصمیم‌گیری در مورد درمان و مراقبت بیماران در مراحل انتهایی زندگی، منجر به تعامل و درگیری بیشتر آنها در فرایند درمان و مراقبت این بیماران می‌شود و همکاری بین گروهی را تقویت می‌کند و به طور معناداری با پیامد مورد انتظار با درمان این بیماران در ارتباط می‌باشد (Ferrand, et al., 2003). از طرفی بررسی‌ها نشان می‌دهد اختلاف‌هایی که در امر تصمیم‌گیری درباره دستورات عدم احیا وجود دارد، ممکن است در ارتباط با نوع نگرش تیم مراقبت باشد. در واقع تحقیقات صورت گرفته

حاکی از آن است که نگرش‌ها و تمایلات تیم درمان و مراقبت بر تصمیماتشان درباره دستورات عدم احیا تأثیر می‌گذارد (Lofmark, 2001, Kelly, et al., 2002, Ayarash, 2011).

درفرنگ اسلامی که حیات بیمار ارزش ویژه داشته و ثانیه‌های آن محترم شمرده می‌شوند، تدوین دستورالعملی که شیوه رسیدن به تصمیم عدم احیا را به طور شفاف بیان نموده و از دخالت عوامل شخصی، غیرعلمی و غیرحرفه‌ای بکاهد، ضرورت دارد. اما بر اساس تحقیقات با وجود این که در بعضی کشورهای مسلمان دستور عدم احیا انجام می‌شود، باز هم اجازه آن به طور قانونی داده نمی‌شود. در ایران نیز بر روی قانونی بودن این عمل در حال حاضر بحث وجود دارد و نتیجه قطعی در مورد آن وجود ندارد، اما شواهد نشان می‌دهد که نظام حقوقی ایران پتانسیل قانونمند کردن دستور عدم احیا و موضوعات مربوط به آن را دارد (Zolfaghari and Bahram, Peimani, et al., 2012). (Nejedad, 2009). بررسی پژوهشگر در مورد مقالات منتشر شده در زمینه دستور عدم احیا، نشان می‌دهد که به این موضوع در ایران کم پرداخته شده است و هیچ تحقیقی درباره مقایسه نگرش پرستاران با پزشکان در خصوص دستور عدم احیا وجود ندارد. بنابراین با توجه به اهمیت تأثیر نگرش کادر درمان در تصمیم‌گیری و اجرای دستور عدم احیا توسط آنان و وجود ارتباط معنادار بین همسویی نگرش پرستاران و پزشکان با رضایت‌مندی آنها از فرایند تصمیم‌گیری در خصوص دستور عدم احیا، و همچنین کمبود تحقیقات درباره دستور عدم احیا در ایران، پژوهشگر بر آن شد تا به بررسی و مقایسه نگرش پرستاران و پزشکان در خصوص دستور عدم احیا در بیماران در مراحل انتهایی زندگی در بیمارستان‌های آموزشی تابعه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بپردازد.

## مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه‌ای و مقطعی بوده و به بررسی و مقایسه نگرش پزشکان و پرستاران در خصوص دستور عدم احیا در بیماران در مراحل انتهایی زندگی پرداخته است. محیط پژوهش در این مطالعه بیمارستان‌های آموزشی امام رضا، امام علی و امام خمینی شهرستان کرمانشاه، تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی کرمانشاه، بودند. نمونه پژوهش شامل پزشکان و پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی امام رضا، امام علی و امام خمینی تابعه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بود. نمونه‌های پژوهش از طریق نمونه‌گیری طبقه‌ای- سهمیه‌ای انتخاب شدند. تعداد نمونه لازم برای این پژوهش ۱۵۲ پرستار و ۱۵۲ پزشک بود که بر اساس

<sup>۱</sup>. Undignified

ماکزیمم واریانس موجود، اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ در صد محاسبه شد.

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P_2(1-P_2)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)}$$

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه محقق ساخته در خصوص دستور عدم احیا که شامل ۱۱ گویه بود. این پرسشنامه دو قسمتی پس از مطالعه گسترده متون و منابع و مشورت با اساتید راهنما و مشاور تهیه شده و هرگویه به صورت لیکرت پنج رتبه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تنظیم شد. به کاملاً مخالفم کمترین نمره، یعنی یک داده شد و به مخالفم نمره دو، به نظری ندارم نمره سه، به موافقم نمره چهار و به کاملاً موافقم بالاترین نمره، یعنی پنج داده شد. نمره بالاتر به هر گویه نشان‌دهنده نگرش مثبت تر به آن گویه بود. در پرسشنامه دستور عدم احیاء در گویه ۱۱ با توجه منفی بودن آن در خصوص دستور عدم احیا، نمرات به صورت عکس اعمال شد. برای سنجش نگرش پاسخ‌دهندگان در خصوص دستور عدم احیا، نمره گویه‌های قسمت اول پرسشنامه با هم جمع شد. بر این اساس در صورتی که میانگین نمره نگرش بین ۱ تا ۲، ۳ تا ۳، ۴ تا ۴ و ۵ بوده است، نگرش در خصوص دستور عدم احیا به ترتیب بسیار منفی، منفی، مثبت و بسیار مثبت در نظر گرفته شده است.

جهت تعیین روایی ابزار گردآوری اطلاعات از شاخص روایی محتوا استفاده شد که سؤالات از نظر سادگی، وضوح و مرتبط بودن مورد بررسی قرار گرفتند. بدین ترتیب که پس از مطالعه کتب و مقالات متعدد، فرم جمع‌آوری اطلاعات تهیه و پس از تأیید اساتید راهنما و مشاور، در اختیار اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی و متخصصین اخلاق پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی دانشگاه شهید بهشتی و پزشکان فوق تخصص مراقبت‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه جهت بررسی و قضاوت قرار داده شد. پس از جمع‌آوری نظرات، تغییرات لازم در آن لحاظ شده و ابزار مذکور مورد استفاده قرار گرفت. در این تحقیق با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ اعتبار پرسشنامه برآورد گردید که این ضریب برابر با ۰/۸۸ می‌باشد بنابراین می‌توان گفت که پرسشنامه از ضریب پایایی بالایی برخوردار می‌باشد. پس از تصویب طرح پژوهش و کسب مجوزهای لازم از معاونت آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی و کسب اجازه از ریاست دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، پژوهشگر در هر سه

نوبت کاری و به صورت تصادفی به بخش‌های بیمارستان‌های مورد نظر مراجعه کرده و پرسشنامه را بین پرستاران و پزشکان حاضر در بخش مربوطه توزیع کرد که در بیمارستان امام رضا ۱۴۵ پرسشنامه بین پرستاران و ۱۵۰ پرسشنامه بین پزشکان توزیع گردید و در نهایت داده‌های ۹۶ پرستار (ظریب مشارکت = ۶۶ درصد) و ۸۹ پزشک (ظریب مشارکت = ۵۹ درصد) باز گردانیده شد. در بیمارستان امام علی ۶۵ پرسشنامه بین پرستاران و ۴۵ پرسشنامه بین پزشکان توزیع گردید و در نهایت داده‌های ۴۲ پرستار (ظریب مشارکت = ۶۵ درصد) و ۳۹ پزشک (ظریب مشارکت = ۸۷ درصد) باز گردانیده شد. در بیمارستان امام خمینی ۴۰ پرسشنامه بین پرستاران و ۲۷ پرسشنامه بین پزشکان توزیع گردید و در نهایت داده‌های ۱۴ پرستار (ظریب مشارکت = ۳۵ درصد) و ۲۴ پزشک (ظریب مشارکت = ۸۹ درصد) باز گردانیده شد. لازم به ذکر است بعضی از پرسشنامه‌ها به علت ناقص بودن از مطالعه خارج شدند.

اطلاعات لازم نیز با پاسخ نمونه‌ها به پرسشنامه‌ها گردآوری شده‌اند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ صورت گرفته است. جهت تعیین نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، برای تعیین میزان میانگین نمره نگرش نسبت به دستور عدم احیا در پرسشنامه دستور عدم احیا، از آزمون‌های آماری توصیفی مانند میانگین، درصد و انحراف معیار و سایر آزمون‌های آماری استفاده شده است. با توجه به اینکه داده‌ها دارای توزیع نرمال بوده اند، برای مقایسه میانگین نمره نگرش پزشکان و پرستاران در خصوص دستور عدم احیا (قسمت اول پرسشنامه)، از آزمون تی مستقل استفاده شده است. جهت بررسی ارتباط بین میانگین نمره نگرش در خصوص دستور عدم احیا با شغل، جنس، تجربه دیدن مرگ، تجربه شرکت در احیای قلبی-ریوی، تجربه شرکت در اجرای دستور عدم احیا و عضو بودن در تیم احیا، از آزمون مستقل تی استفاده شده است. جهت تعیین ارتباط بین میانگین نمره نگرش در خصوص دستور عدم احیا با سن، سابقه کاری، میزان تحصیل، بیمارستان محل کار، بخش محل کار، رشته تخصصی و تعداد دفعات شرکت در احیای قلبی-ریوی از آزمون واریانس یک طرفه استفاده شده است.

#### یافته‌ها:

نتایج این بررسی در رابطه با سن پاسخ‌دهندگان نشان داد که اکثر پرستاران در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال بوده که میانگین سنی آنها ۳۳/۴۵ با انحراف معیار ۸/۲۶ بود در حالی که پزشکان در گروه سنی ۴۰-۳۰ سال قرار داشتند و میانگین سنی آنها ۳۶/۵۷ با انحراف معیار ۸/۳۵ بود. از نظر جنس بیشتر پرستاران

جدول ۳: نتایج آزمون t مقایسه میانگین نمره نگرش آزمودنی‌ها در خصوص دستور عدم احیا، برحسب تجربه آنها در شرکت در احیای قلبی-ریوی

| تجربه شرکت در احیا قلبی و ریوی | حجم نمونه | میانگین | انحراف معیار | مقدار t | درجه آزادی | مقدار احتمال |
|--------------------------------|-----------|---------|--------------|---------|------------|--------------|
| دارد                           | ۲۸۲       | ۳/۲۷    | ۰/۸۳۳        | ۲/۵۱۹   | ۳۰۲        | ۰/۰۱۲        |
| ندارد                          | ۲۲        | ۲/۸۱    | ۰/۷۸۴        |         |            |              |

با توجه به مقدار احتمال بدست آمده که برابر ۰/۰۱۲ می‌باشد ( $P < ۰/۰۵$ ) و مقایسه آن با میزان خطای مجاز ۰/۰۵ با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر آماری که دال بر عدم وجود اختلاف بین میانگین نمره نگرش نمونه‌های آماری شرکت کننده در پژوهش در خصوص دستور عدم احیا، بر حسب تجربه آنها در شرکت در احیا قلبی و ریوی می‌باشد، رد می‌گردد. لذا با توجه به میانگین‌های ارائه شده در جدول ۳ مشاهده می‌گردد که افرادی که تجربه شرکت در احیا قلبی ریوی دارند، در مقایسه با افرادی که این تجربه را ندارند، نگرش بهتری نسبت به دستور عدم احیادارند.

جدول ۴: نتایج آزمون t مقایسه میانگین نمره نگرش آزمودنی‌ها در خصوص دستور عدم احیا، بر حسب تجربه آنها در شرکت در اجرای دستور عدم احیا

| تجربه شرکت در دستور عدم احیا | حجم نمونه | میانگین | انحراف معیار | مقدار t | درجه آزادی | مقدار احتمال |
|------------------------------|-----------|---------|--------------|---------|------------|--------------|
| دارد                         | ۲۱۱       | ۳/۳۴    | ۰/۸۰۱        | ۳/۴۸۸   | ۳۰۲        | ۰/۰۰۱        |
| ندارد                        | ۹۳        | ۲/۹۹    | ۰/۸۶۹        |         |            |              |

با توجه به مقدار احتمال بدست آمده که برابر ۰/۰۰۱ می‌باشد ( $P < ۰/۰۵$ ) و مقایسه آن با میزان خطای مجاز ۰/۰۵ با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر آماری که دال بر عدم وجود اختلاف بین میانگین نمره نگرش نمونه‌های آماری شرکت کننده در پژوهش در خصوص دستور عدم احیا، بر حسب تجربه آنها در شرکت در دستور عدم احیا می‌باشد، رد می‌گردد. لذا با توجه به میانگین‌های ارائه شده در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، آن دسته از افرادی که تجربه شرکت در اجرای دستور عدم احیا را دارند، در مقایسه با افرادی که دارای این تجربه نمی‌باشند، نگرش مثبت‌تری به دستور عدم احیا، دارند.

شرکت کننده در این مطالعه زن بودند و پزشکان بیشتر مرد بودند. اکثریت پرستاران دارای مدرک کارشناسی بودند که بیشتر پزشکان از نظر تحصیلی رزیدنت و دارای تخصص داخلی و پوست بودند. از نظر سابقه کاری میانگین سابقه کاری هر دو گروه ۱۰-۱ سال بود و بیشتر پاسخ دهندگان مشغول به کار در بیمارستان امام رضا بودند. ۹۴ درصد پرستاران و ۹۲ درصد پزشکان تجربه شرکت در احیای قلبی ریوی داشتند. اکثریت آنها عضو نیم احیا بودند و اکثر آنها تجربه دیدن مرگ را داشتند. به طور تعجب آوری ۷۱ درصد پرستاران و ۶۷ درصد پزشکان شرکت کننده در این مطالعه تجربه شرکت در اجرای دستور عدم احیا را داشتند.

جدول ۱: نتایج آزمون t تک متغیری در خصوص میانگین نمره نگرش پرستاران و پزشکان به دستور عدم احیا

| آزمودنی‌ها    | تعداد | میانگین | مقدار آماره t | درجه آزادی | مقدار احتمال |
|---------------|-------|---------|---------------|------------|--------------|
| پرستار        | ۱۵۲   | ۳/۲۵    | ۳/۸۴۲         | ۱۵۱        | ۰/۰۰۰        |
| پزشک          | ۱۵۲   | ۳/۲۲    | ۳/۱۱۶         | ۱۵۱        | ۰/۰۰۲        |
| پرستار و پزشک | ۳۰۴   | ۳/۲۳    | ۴/۸۹۵         | ۳۰۴        | ۰/۰۰۰        |

با توجه به مقادیر احتمال بدست آمده از تحلیل داده‌ها و مقایسه آنها با میزان خطای مجاز ۰/۰۵ با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت که پرستاران شرکت کننده در این پژوهش با میانگین (۳/۲۵) و پزشکان با میانگین (۳/۲۲) با دستور عدم احیا موافق می‌باشند.

جدول ۲: نتایج آزمون t مقایسه میانگین نمره نگرش پزشکان و پرستاران در خصوص نگرش به دستور عدم احیا

| شغل    | حجم نمونه | میانگین | انحراف معیار | مقدار t | درجه آزادی | مقدار احتمال |
|--------|-----------|---------|--------------|---------|------------|--------------|
| پرستار | ۱۵۲       | ۳/۲۵    | ۰/۷۹۵        | ۰/۲۶۱   | ۳۰۲        | ۰/۷۹۴        |
| پزشک   | ۱۵۲       | ۳/۲۲    | ۰/۸۸۰        |         |            |              |

با توجه به مقدار احتمال بدست آمده که برابر ۰/۷۹۴ می‌باشد ( $P > ۰/۰۵$ ) و مقایسه آن با میزان خطای مجاز ۰/۰۵ با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر آماری که دال بر عدم وجود اختلاف بین نگرش پرستاران و پزشکان شرکت کننده در پژوهش به دستور عدم احیا در بیماران می‌باشد، پذیرفته می‌گردد لذا بین دیدگاه آزمودنی‌ها در این خصوص اختلاف معنی داری مشاهده نمی‌گردد.

نتایج این پژوهش حاکی از این است که بین میانگین نمره نگرش پرستاران در خصوص دستور عدم احیاء، بر حسب جنس سن ( $p=0/232$ )، سن ( $p=0/264$ )، تحصیلات ( $p=0/325$ )، سابقه کار بالینی ( $p=0/494$ ) و بخش محل کار آنها ( $p=0/074$ ) اختلاف معنی داری وجود نداشت. اما پرستاران و پزشکانی که تجربه شرکت در احیای قلبی - ریوی ( $p=0/001$ ) و شرکت در اجرای

دستور عدم احیاء را داشتند ( $p=0/012$ )، نگرش مثبت و مطلوبی در خصوص دستور عدم احیاء داشتند. ولی بین میانگین نمره نگرش پزشکان در خصوص دستور عدم احیاء بر حسب جنس ( $p=0/411$ )، سن ( $p=0/197$ )، سابقه کاری ( $p=0/096$ ) و نوع تخصص آنها ( $p=0/394$ ) اختلاف معنی داری وجود نداشت.

جدول ۴-۴۸- نتایج آزمون t مقایسه نگرش آزمودنی‌ها در خصوص گویه‌ها بر حسب شغل آنها

| مقدار احتمال | درجه آزادی | مقدار t | انحراف معیار | میانگین | حجم نمونه | گویه‌ها یا بیانیه‌ها، پرسشنامه دستور عدم احیاء                                                                         |
|--------------|------------|---------|--------------|---------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۰/۳۶۶        | ۳۰۲        | ۰/۹۰۶   | ۱/۲۸۶        | ۳/۴۸    | ۱۵۲       | ۱. صدور و اجرای دستور عدم احیاء برای بیمارانی که در مرحله انتهایی بیماری خود هستند، ضروری است                          |
|              |            |         | ۱/۳۷۲        | ۳/۳۴    | ۱۵۲       |                                                                                                                        |
| ۰/۳۶۵        | ۳۰۲        | -۰/۹۰۶  | ۱/۲۱۲        | ۳/۴۷    | ۱۵۲       | ۲. دستور عدم احیاء، بیمار را از درد و رنج بیهوده محافظت می‌کند                                                         |
|              |            |         | ۱/۱۹۲        | ۳/۵۹    | ۱۵۲       |                                                                                                                        |
| ۰/۷۸۵        | ۳۰۲        | ۰/۲۷۳   | ۱/۲۱۷        | ۳/۱۷    | ۱۵۲       | ۳. صدور و اجرای دستور عدم احیاء از نظر اخلاقی صحیح است                                                                 |
|              |            |         | ۱/۳۰۰        | ۳/۱۳    | ۱۵۲       |                                                                                                                        |
| ۰/۹۲۲        | ۳۰۲        | ۰/۰۹۹   | ۱/۱۴۵        | ۳/۲۷    | ۱۵۲       | ۴. صدور و اجرای دستور عدم احیای قلبی ریوی در راستای حفظ کرامت انسانی بیمار است                                         |
|              |            |         | ۱/۱۸۲        | ۳/۲۶    | ۱۵۲       |                                                                                                                        |
| ۰/۹۲۴        | ۳۰۲        | ۰/۰۹۵   | ۱/۱۸۰        | ۳/۳۹    | ۱۵۲       | ۵. دستور عدم احیاء به روشن شدن طرح درمانی بیمار در مراحل انتهایی زندگی کمک میکند                                       |
|              |            |         | ۱/۲۲۳        | ۳/۳۸    | ۱۵۲       |                                                                                                                        |
| ۰/۵۰۳        | ۳۰۲        | -۰/۶۷۰  | ۱/۲۱۱        | ۳/۵۶    | ۱۵۲       | ۶. در صورتی که از نظر تیم درمانی احیای قلبی ریوی بیمار بیهوده و نابجا (futile) باشد، بیمار نباید احیای قلبی ریوی بشود. |
|              |            |         | ۱/۱۸۶        | ۳/۶۵    | ۱۵۲       |                                                                                                                        |
| ۰/۳۲۰        | ۳۰۲        | ۰/۹۹۷   | ۱/۲۱۲        | ۳/۴۸    | ۱۵۲       | ۷. بیماری که مرگ وی حتمی و قریب‌الوقوع است، بایستی دستور عدم احیاء داشته باشد                                          |
|              |            |         | ۱/۳۱۷        | ۳/۳۳    | ۱۵۲       |                                                                                                                        |
| ۰/۰۵۳        | ۳۰۲        | ۱/۹۴۴   | ۱/۲۲۲        | ۲/۵۵    | ۱۵۲       | ۸. بیماری که مرگ وی حتمی است اما در شش ماه تا یک سال آینده تخمین زده شده است، بایستی دستور عدم احیاء داشته باشد        |
|              |            |         | ۱/۱۳۶        | ۲/۲۸    | ۱۵۲       |                                                                                                                        |
| ۰/۹۶۵        | ۳۰۲        | -۰/۰۴۴  | ۱/۲۷۶        | ۳/۳۰    | ۱۵۲       | ۹. اگر احیای قلبی ریوی برای عزیزانم بیهوده و نابجا باشد، می‌خواهم دستور عدم احیاء در مورد آنها اجرا شود                |
|              |            |         | ۱/۳۰۳        | ۳/۳۱    | ۱۵۲       |                                                                                                                        |
| ۰/۸۹۳        | ۳۰۲        | ۰/۱۳۴   | ۱/۲۳۵        | ۳/۱۸    | ۱۵۲       | ۱۰. دستور عدم احیاء با اعتقادات مذهبی من منافات ندارد                                                                  |
|              |            |         | ۱/۳۲۷        | ۳/۱۶    | ۱۵۲       |                                                                                                                        |
| ۰/۳۳۷        | ۳۰۲        | -۰/۹۶۲  | ۱/۱۹۸        | ۲/۸۷    | ۱۵۲       | ۱۱. فرهنگ من مرا در برخورد با دستور عدم احیاء دچار مشکل می‌سازد                                                        |
|              |            |         | ۱/۱۸۸        | ۳/۰۱    | ۱۵۲       |                                                                                                                        |

نگرش مثبت به دستور عدم احیاء داشتند. در مطالعه Park, et al., O'Hanlon, et al., (2013) نیز، پرستاران در زمانی که علی‌رغم درمان‌های صورت گرفته، امیدی به زنده ماندن بیمار نیست، دیدگاه مثبتی به دستور عدم احیاء داشتند و بیان کردند اعتقادات و خواسته‌های بیماران و همراهان آنها برایشان بسیار مهم است و اعتقاد داشتند وقتی که بیمارانی که به وضعیت و شرایط خود آگهی دارند، و از احیاء شدن در موقع ایست قلبی امتناع می‌کنند، بایستی عقیده آنها پذیرفته شود.

### بحث و نتیجه‌گیری:

بر اساس جدول ۱، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پرستاران در مجموع نگرش مثبتی به دستور عدم احیاء داشتند. بررسی‌ها حاکی از نگرش مثبت پرستاران در خصوص دستور عدم احیاء می‌باشد (Lofmark, 2001, Manias, 1998, Naess, 2009, O'Hanlon, et al., 2013). به طوری که در مطالعه‌ای که توسط Hosaka, et al. (1999) انجام شد، ۸۶ درصد پرستاران

ندارد. در حالی که (Sulmasy, et al., 2008) بیان کردند که پرستاران نگرش مثبت‌تری نسبت به پزشکان متخصص و رزیدنت‌ها در خصوص دستور عدم احیا داشتند که هم سو با این مطالعه نمی باشد. در تحقیقی هم که توسط هایلدن و همکاران در سال ۲۰۰۴ صورت گرفت، اکثریت پرستاران نگرش مثبتی به دستور عدم احیا داشتند و دیدگاه آنها به طور معنی داری مثبت‌تر از دیدگاه پزشکان در این زمینه بود.

یافته‌ها حاکی از آن است که پرستاران نگرش مثبت‌تری به دستور عدم احیا نسبت به پزشکان دارند. این شاید به دلیل این باشد که آنها زمان بیشتری بر بالین بیمار هستند و زمان بیشتری از بیمار مراقبت می‌کنند، که این امر تأثیر مثبت در نگرش آنها داشته است. اما در مطالعه حاضر نگرش پرستاران با پزشکان تفاوتی نداشت. از آنجایی که بر اساس برخی یافته‌ها، میزان مشارکت در مراقبت از بیمار تأثیر مثبتی در نگرش تیم مراقبت به دستور عدم احیا دارد (Granja, et al., 2001)، می‌توان گفت که نگرش کمتر مطلوب‌تر پرستاران در ایران به این دلیل است، که آنها مشارکت کمتری در تصمیم‌گیری درباره مسائل درمانی و اخلاقی بیماران دارند. بنابراین شناخت بیشتری در مورد نقش پرستاران در فرآیند تصمیم‌گیری در مورد موضوعات مربوط به خاتمه حیات بیماران مانند دستور عدم احیا لازم است و بایستی دستورالعمل‌هایی در خصوص نقش پرستاران در تصمیم‌گیری در مورد دستور عدم احیای بیماران تنظیم گردد. همچنین نقش آنها در فرایند تصمیم‌گیری در مباحث خاتمه حیات بیماران با شفافیت بیشتری توضیح داده شود. پرستاران بایستی در بحث‌های درمانی و اخلاقی راجع به بیماران شرکت کنند و در جهت برآورده کردن خواسته بیماران و خانواده‌های آنها تلاش کنند و به آنها اطمینان دهند که خواسته‌هایشان در خصوص دستور عدم احیا مطابق با دستورالعمل و خط‌مشی‌های موجود در مورد دستور عدم احیا اجرا خواهد شد. پزشکان نیز بایستی به این قضیه توجه داشته باشند و فرایند تصمیم‌گیری را به صورت گروهی و با مشورت پرستاران انجام دهند.

یکی دیگر از یافته‌های مهم دیگر این پژوهش این است که بین نگرش پرستاران در خصوص دستور عدم احیا، جنس، سن، تحصیلات، سابقه کار بالینی و بخش محل کار آنها اختلافی وجود نداشت. اما پرستاران و پزشکانی که تجربه شرکت در احیای قلبی-ریوی و شرکت در اجرای دستور عدم احیا را داشتند، نگرش مثبت و مطلوبی در خصوص دستور عدم احیا داشتند. به علاوه بین نگرش پزشکان در خصوص دستور عدم احیا بر حسب جنس، سن، سابقه کاری و نوع تخصص آنها

اما در تضاد با پژوهش حاضر، در مطالعه Moghadasian, et al (۲۰۱۳) که به بررسی و مقایسه نگرش دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز و کردستان در مورد عدم احیای بیماران پرداختند، یافته‌ها حاکی از آن بود که دانشجویان پرستاری نگرش منفی در خصوص دستور عدم احیا دارند. این نگرش منفی آنها و عدم همخوانی با نتایج مطالعه حاضر ممکن است به این دلیل باشد که دانشجویان پرستاری، به دلیل عدم تجربه بالینی، ممکن است درک مبهمی از احیا و پیامدهای آن داشته باشند و زمانی که مشغول به فعالیت در بالین شوند، احتمالاً نگرش آنها در خصوص دستور عدم احیا تغییر پیدا کند. Sham, et al (۲۰۰۷) در مطالعه خود به این امر اشاره نموده اند. همچنین این امکان وجود دارد که آموزش دانشجویان در مورد چالش‌های اخلاقی مانند دستور عدم احیا، سبب تغییر نگرش آنها شود. البته تأیید این یافته‌ها نیاز به مطالعات بیشتری دارد.

یک یافته مهم دیگر این پژوهش این است که پزشکان نیز مانند پرستاران نگرش مثبتی به دستور عدم احیا داشتند (جدول ۲). همسو با یافته پژوهش حاضر، در مطالعه Hosaka, et al (۱۹۹۹) هم، ۹۰ درصد پزشکان نگرش مثبتی به دستور عدم احیا داشتند. در برخی مطالعه‌هایی هم که به بررسی و مقایسه نگرش دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی پرداختند، دانشجویان پزشکی نسبت به دانشجویان غیر پزشکی به طور معناداری نگرش مثبت‌تری در خصوص دستور عدم احیا داشتند (Sham, et al., 2007). در ایران نیز Ghajarzadeh, et al (۲۰۱۳) در مطالعه خود به بررسی نگرش دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران شامل رزیدنت‌ها و اینترن‌ها، پرداختند و بیان کردند که اکثر رزیدنت‌ها و اینترن‌ها نگرش مثبتی به دستور عدم احیا دارند.

Sulmasy, et al (۲۰۰۸) در مطالعه خود گزارش کردند که اکثریت پرستاران، پزشکان متخصص و رزیدنت‌ها نگرش مثبتی به دستور عدم احیا دارند. همان‌طور که از یافته‌های فوق مشخص است، می‌توان گفت که اکثر پزشکان و پرستاران نگرش مثبتی به دستور عدم احیا دارند. در واقع مرور کلی مطالعات منتشر شده در زمینه عدم احیا در جوامع مختلف که طی آن دیدگاه‌های کادر بهداشتی، درمانی، بررسی و با یکدیگر مقایسه شده است، اگرچه بیانگر وجود چالش‌هایی در این خصوص می‌باشند ولی حاکی از دیدگاه مثبت آنها در این رابطه است (Peimani, et al., 2012).

یک یافته مهم از این پژوهش حاکی از آن است که بین نگرش پرستاران و پزشکان، در خصوص دستور عدم احیا، تفاوتی وجود

نتیجه‌گیری کرد که بر خلاف پزشکان، مشارکت پرستاران با ادامه تحصیل در مراقبت از بیماران بیشتر نمی‌شود و همچنین در برنامه‌های آموزشی پرستاران به چالش‌های اخلاقی مانند دستور عدم احیا پرداخته نشده است.

در رابطه با اهداف پژوهش، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پزشکان و پرستاران در کل نگرش مثبتی به دستور عدم احیا داشتند و اختلاف معنی داری بین نگرش آنها در خصوص دستور عدم احیا وجود نداشت. همچنین برخی از مشخصات جمعیت‌شناختی شامل تجربه شرکت در اجرای احیای قلبی-ریوی و تجربه شرکت در اجرای دستور عدم احیا، در نگرش پزشکان و پرستاران تاثیر داشتند، به طوری که پزشکان و پرستارانی که تجربه شرکت در اجرای احیای قلبی ریوی و دستور عدم احیا داشتند، نگرش مثبت‌تری به دستور عدم احیا داشتند. همچنین پزشکانی هم که تحصیلات بالاتری داشتند، نگرش مثبت تری در خصوص دستور عدم احیا داشتند.

### تشکر و قدردانی:

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. لذا از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین پرستاران و پزشکان شاغل در بیمارستان‌های امام رضا، امام علی و طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که په پرسشنامه‌ها پاسخ دادند، کمال تشکر و قدردانی را دارم.

اختلافی وجود نداشت. اما (Hilden, et al., 2004) بیان کردند که نگرش به دستور عدم احیا ممکن است بسته به نوع تخصص پزشکان فرق کند، به طوری که در انگلیس پزشکان متخصص طب سالمندی بیشتر از پزشکان دیگر مایل به انجام احیای قلبی-ریوی و مخالف با دستور عدم احیا بودند. Kelly, et al., (2002) نیز در مطالعه خود اعلام کرده‌اند که رابطه معناداری بین نگرش به دستور عدم احیا با نوع تخصص پزشک، طول مدت آموزش و سابقه طبابت وجود دارد به طوری که پزشکان مراقبت ویژه ریوی بیش تر از سایر گروه‌ها، دستورات عدم احیا را توصیه می‌کردند.

اما بین نگرش پزشکان بر حسب تحصیلات آنها تفاوت وجود داشت. به طوری که پزشکان فوق تخصص نسبت به سایر گروه‌ها نگرش مطلوب تری به دستور عدم احیا داشتند و پزشکان عمومی کمترین میانگین نمره نگرش را بین پزشکان در خصوص دستور عدم احیا داشتند. که همسو با این یافته، بررسی نگرش گروه‌های مختلف کادر بهداشتی-درمانی (شامل پزشک، پرستار، تکنسین، بیمار) نسبت به دستور عدم احیا و موارد تصمیم‌گیری برای انجام آن، توسط (Granja, et al., 2001) نشان داد که پرستاران و پزشکانی که سطح آموزش بالاتری از گروه‌های دیگر داشتند، در موقعیت‌های بیشتری لزوم انجام دستور عدم احیا را ذکر کردند. این در حالی است که بین نگرش پرستاران در خصوص دستور عدم احیا بر حسب تحصیلات آنها اختلاف معناداری وجود نداشت. بنابراین از آنجایی که سطح آموزش بالاتر و میزان مشارکت در مراقبت از بیمار، تاثیر مستقیم بر نگرش به عدم احیا دارد، می‌توان

### References

- Asch D A (1996) The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. The New England journal of medicine. 334 (21) 1374-9.
- Ayarash N. "Do-not-resuscitate orders: Attitudes and practices of Jordanian physicians and nurses " 2013, [on line]. <[http://www.insidershealth.com/article/do\\_not\\_resuscitate\\_orders\\_attitudes\\_and\\_practices\\_of\\_jordanian\\_physicians\\_and\\_nurses/3788](http://www.insidershealth.com/article/do_not_resuscitate_orders_attitudes_and_practices_of_jordanian_physicians_and_nurses/3788)>. [3 October 2013].
- Castledine G (2004) Nurses should be more involved in DNR decisions. British Journal of Nursing. 13 (3) 175-175.
- Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, Kuteifan K, Badet M, Asfar P, Jaber S, Chagnon J-L, Renault A and Robert R (2003) Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 167 (10) 1310-1315.
- Ghajarzadeh M, Habibi R, Amini N, Norouzi-Javidan A and Emami-Razavi S H (2013) Perspectives of Iranian medical students about do-not-resuscitate orders. Maedica. 8 (3) 261.
- Granja C, Teixeira-Pinto A and Costa-Pereira A (2001) Attitudes towards do-not-resuscitate decisions: differences among health professionals in a Portuguese hospital. Intensive Care Medicine. 27 (3) 555-558.
- Hilden H M, Louhiala P and Palo J (2004) End of life decisions: attitudes of Finnish physicians. Journal of Medical Ethics. 30 (4) 362-5.

- Hosaka T, Nagano H, Inomata C, Kobayashi I, Miyamoto T, Tamai Y, Tamura Y, Tokuda Y, Yonekura S, Saito H and Mori T (1999) Nurses' perspectives concerning do-not-resuscitate (DNR) orders. *The Tokai journal of experimental and clinical medicine*. 24 (1) 29-34.
- Kelly W F, Eliasson A H, Stocker D J and Hnatiuk W (2002) Do specialists differ on do-not-resuscitate decisions? *CHEST Journal*. 121 (3) 957-963.
- Lofmark R (2001). Ethical aspect on decision making and communication among physician, nurses, patients and relatives Lund University.
- Manias E (1998) Australian nurses' experiences and attitudes in the "Do Not Resuscitate" decision. *Research in Nursin & Health*. 21 (5) 429-41.
- Moghadasian s, Abdollahzadeh F, Rahmani A, Paknejad F and Heidarzadeh H (2013) [Do not resuscitate order: attitude of nursing students of Tabriz and Kurdistan Universities of Medical Sciences]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 6 (5) 45-56. (Persian)
- Naess M (2009) "Do-Not-Attempt-Resuscitation"-orders in ICCUs: a survey of attitudes and experiences of nurses in Norway. *Intensive Critical Care Nursing*. 25 (3) 140-6.
- O'Hanlon S, O'Connor M, Peters C and O'Connor M (2013) Nurses' attitudes towards Do Not Attempt Resuscitation orders. *Clinical Nursing Studies*. 1 (1) p43.
- Park Y-R, Kim J-A and Kim K (2011) Changes in how ICU nurses perceive the DNR decision and their nursing activity after implementing it. *Nursing ethics*. 18 (6) 802-813.
- Peimani M, Zahedi F and Larijani B (2012) [Do-not-resuscitate order across societies and the necessity of a national ethical guideline]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 5 (5) 19-35. (Persian)
- Saiyad S (2009) Do not resuscitate: a case study from the Islamic viewpoint. *Journal of the Islamic Medical Association of North America*. 41 (3) 109-13.
- Sham C O, Cheng Y W, Ho K W, Lai P H, Lo L W, Wan H L, Wong C Y, Yeung Y N, Yuen S H and Wong A Y (2007) Do-not-resuscitate decision: the attitudes of medical and non-medical students. *Journal of Medical Ethics*. 33 (5) 261-5.
- Sulmasy D P, He M K, McAuley R and Ury W A (2008) Beliefs and attitudes of nurses and physicians about do not resuscitate orders and who should speak to patients and families about them. *Critical Care Medicine*. 36 (6) 1817-1822.
- Vincent J-L, Abraham E, Kochanek P, Moore F A and Fink M P (2011) Textbook of critical care: expert consult premium. edition. Elsevier Health Sciences.
- Wheelan S A, Burchill C N and Tilin F (2003) The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *American Journal of Critical Care*. 12 (6) 527-34.
- Zolfaghari M and Bahram Nejdad F (2009) [Nursing care in critical care units]. edition. Tehran, Boshra and Tohfeh.(Persian)



## The comparison of Iranian Physician and Nurses attitudes towards Do- Not- Resuscitate Orders

Falahi, Masod<sup>1</sup>, Bana Derakhshan, Homayoon<sup>\*2</sup>, Borhani, Fariba<sup>3</sup>, Pourhoseingholi, Mohamad Amin<sup>4</sup>

1. MSc of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. MSc of Nursing, Operating Room and Anesthesia Department, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. PhD of Nursing, Associate Professor, Medical Surgical Department, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. PhD Biostatistics, Assistant Professor, Department of Biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* Corresponding Author: *Vali-Asr Avenue, Cross of Vali-Asr and Neiaesh Highway, Opposite to Rajaee Heart Hospital*, Operating Room and Anesthesia Department, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Postal Code: 1996835119

### Abstract:

#### Background and Aim

Decision making process about Do- Not-Resuscitate (DNR) order is unique, since, it is the only treatment decision that should be taken in advance. Most physicians and nurses are not sure whether and when to make a decision about DNR order and its moral aspects. The current study is performed to compare and investigate nurses and physicians attitude about DNR order for patients in their final phases of life.

#### Materials and Methods

In this descriptive-comparative study, 152 physicians and 152 nurses have been studied. The sampling method was stratified sampling. The data gathering tools were a demographical questionnaire and a attitude questionnaire about DNR order.

#### Results

The nurses and physicians in this research with averages of 3.25 for nurses and 3.22 for physicians, had a positive attitude about DNR order. But there was no significant difference between the attitude average score of the physicians and nurses about DNR order ( $p>0.5$ ). Nurses and physicians with experience of participating in implementation of cardiopulmonary resuscitation and DNR order, had more positive attitude toward DNR order

#### Conclusions

The findings suggest that there is no difference between the physician's and nurse's view about DNR order. Although there is a significant relationship between former experience of participating in implementation of cardiopulmonary resuscitation and DNR order with positive attitude about DNR order.

#### Keywords

Cardiopulmonary resuscitation; Physician; Nurse, Attitude